

# DEMANDE DE RÈGLEMENT DE PRESTATIONS

## Incapacité de travail - Invalidité / Mensualisation

Fleuristes, vente et services des petits animaux familiers

**Adresse de correspondance**  
**KLESIA**  
TSA 20202  
69307 Lyon Cedex 07  
T 01 71 39 15 15  
Lundi au vendredi 9 h - 18 h  
klesia.fr

### 1 - ENTREPRISE

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : n° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_

### 2 - N° ADHÉRENT

N° d'entreprise <sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

### 3 - SALARIÉ

M.  M<sup>me</sup> NOM et prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_  
Si ancienneté inférieure à 1 an dans l'entreprise, précisez la date d'entrée dans la profession <sup>2</sup>  
et indiquez ci-dessous les informations relatives aux précédents employeurs <sup>2</sup>

RAISON SOCIALE OU NOM DE L'EMPLOYEUR	ADRESSE - CODE POSTAL - VILLE	PÉRIODE D'EMPLOI

Catégorie :  NON CADRE  CADRE Date de nomination : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_

### 4 - ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_ Date de reprise (si déjà connue) : \_\_\_\_\_  
Cause de l'arrêt de travail (cochez la case correspondante) :  
 Maladie  Accident de trajet  Accident de la vie privée <sup>3</sup>  
 Maternité  Accident du travail  Maladie professionnelle Mi-temps thérapeutique :  OUI  NON  
Portabilité :  OUI  NON

### Montant des salaires bruts des 12 derniers mois civils de pleine activité précédant l'arrêt de travail (primes et gratifications comprises)

	SALAIRE BRUT hors éléments variables	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus
<b>MONTANT TOTAL <sup>4</sup></b>		
	SALAIRE MENSUEL D'EMBAUCHE BRUT	ÉLÉMENTS VARIABLES BRUTS effectivement perçus
Si l'assuré(e) a moins de 12 mois de présence, indiquer le <b>salaires d'embauche</b> et les <b>primes effectivement perçus</b> <sup>5</sup>		

1. Il s'agit du numéro figurant sur vos bordereaux de cotisations dans la rubrique « Référence facture ».

2. Entreprises du secteur fleuristes, vente et services des petits animaux familiers adhérentes à KLESIA Prévoyance.

3. Joindre un certificat médical précisant les circonstances de l'accident.

4. KLESIA se réserve le droit de demander les bulletins de salaire

5. Joindre le dernier bulletin de salaire

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de : \_\_\_\_\_  
atteste l'exactitude de ces renseignements.  
Date : \_\_\_\_\_

#### MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'employeur \*

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR L'INDEMNISATION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL

### Dans tous les cas

- Déclaration de l'arrêt de travail : fournir les informations figurant sur la demande de règlement de prestations.
- Adresser les bordereaux de Sécurité sociale (format papier, électronique ou Noémie), à partir du début de l'arrêt de travail.
- Fournir le RIB du destinataire du paiement (employeur ou assuré).

CAS PARTICULIERS	JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES
Reprise d'activité à temps partiel pour raison médicale (mi-temps thérapeutique)	<input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur mentionnant mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel (mi-temps thérapeutique) et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps plein
Existence d'allocations Pôle emploi ou autre organisme	<input type="checkbox"/> Attestation de versement des allocations Pôle emploi
Employeurs multiples	<input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières (CERFA N° 11135*03)
Rupture de contrat de travail	<input type="checkbox"/> Photocopie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et préavis <input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire de l'assuré <input type="checkbox"/> Relevé de situation délivrés par Pôle emploi ou attestation de non perception de prestations de Pôle emploi
Invalidité	<input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente d'accident du travail <input type="checkbox"/> Justificatif du versement de la pension d'invalidité ainsi que l'attestation sur l'honneur de non reprise d'activité et de non perception d'un autre revenu <input type="checkbox"/> En cas de reprise d'activité partielle : attestation de salaire réellement versé et celui qui aurait été versé pour une activité à temps plein <input type="checkbox"/> En cas de rupture du contrat de travail : le relevé d'identité bancaire de l'assuré et l'avis d'imposition <input type="checkbox"/> Les attestations de versement des allocations de pôle emploi ou de tout autre organisme ou l'attestation sur l'honneur de non perception
Maladie de Longue Durée (Article L293)	<input type="checkbox"/> Photocopie de la notification de la décision délivrée par la Sécurité Sociale.

**KLESIA se réserve le droit de réclamer toute pièce complémentaire permettant d'instruire le dossier.**